



Application Information / Information de soumission	
*Licence Name/Nom de l'homologation: <b>YOCON VIRUS SAMPLING KIT (TROUSSE D'ÉCHANTILLONNAGE DU VIRUS)</b>	Application Number/Numéro de soumission <b>317541</b>
Licence # / N° de l'homologation: <b>0</b>	Application Type/Type de soumission: <b>Arrêté d'urgence</b>
Manufacturer/Fabricant: <b>YOCON BIOLOGY TECHNOLOGY COMPANY</b>	Company ID/Identificateur d'entreprise: <b>159011</b>
Risk Class/Catégorie de risque: <b>1</b>	Rationale/Justification:
*Licence Name/Nom de l'homologation: <b>Groupe d'instruments</b>	Rationale/Justification:
<input type="checkbox"/> Contains Controlled Substance(s) <input type="checkbox"/> Contains Drug(s) <input type="checkbox"/> Contains Biological Material(s)	
*Intended Use and/or Indications for Use/ Utilisation prévue et/ou indications <b>Collecte, entreposage et transport d'échantillons de virus naso-pharyngés ou oropharyngés humains.</b>	

OEM Licence Information / Information sur l'homologation du FEO	
OEM Licence Name / Nom de l'homologation du FEO :	OEM Manufacturer / Équipementier du FEO :
OEM Intended Use and/or Indications for Use / Utilisation prévue et/ou indications du FEO	

Motif du changement		Commentaire(s)
Changement de catégorie d'instrument	<input type="checkbox"/>	
Changement au nom du fabricant	<input type="checkbox"/>	
Changement au nom de l'homologation	<input type="checkbox"/>	
Changement au nom de l'instrument	<input type="checkbox"/>	
Changement à l'utilisation prévue de l'homologation ou aux indications	<input type="checkbox"/>	
Ajout d'instrument(s)	<input type="checkbox"/>	
Retrait d'instrument(s)	<input type="checkbox"/>	

Motif du changement		Commentaire(s)
Changement au nom ou à l'adresse à la marque du distributeur	<input type="checkbox"/>	
Changement au nom d'homologation de la marque du distributeur	<input type="checkbox"/>	
Changement au nom de l'instrument de la marque du distributeur	<input type="checkbox"/>	
Ajout d'instrument(s)	<input type="checkbox"/>	
Retrait d'instrument(s)	<input type="checkbox"/>	



**Liste de vérification pour l'examen de certification :**

MDSAP                       Certificate Previously Validated

N° de cert. (nouveau) :	Révisions du cert. / Commentaires (le cas échéant) :
N° de cert. (ancien) :	
Remplacement du cert. au dossier (O/N) :	

Exigences	Conforme	Commentaires/info sur l'IMU
Émis au nom du fabricant tel qu'il figure sur la soumission ou l'homologation et l'étiquette	<input type="checkbox"/>	
Émis à une adresse municipale correspondant à celle sur la soumission ou l'homologation et l'étiquette	<input type="checkbox"/>	
Satisfait aux exigences de la norme ISO 13485:2016 et aux dispositions de la partie 1 du Règlement sur les instruments médicaux – SOR 98/282	<input type="checkbox"/>	
Portée des activités limitées à la conception, à la mise au point, à la fabrication, à la production, à la réparation, à l'installation ou à la distribution	<input type="checkbox"/>	
Activités comprenant la « fabrication » ou la « production Activités comprenant la « conception » ou la « mise au point » d'instruments de catégories III ou IV	<input type="checkbox"/>	
Portée claire et liée à l'utilisation ou à l'homologation des instruments; ne comprend aucun nom de produit, nom modèle ou numéro d'homologation	<input type="checkbox"/>	
Organisme de vérification autorisé ou reconnu	<input type="checkbox"/>	Choose an item.
Déclaration d'autorisation ou de reconnaissance	<input type="checkbox"/>	
Champ indiquant la « Date d'entrée en vigueur »	<input type="checkbox"/>	
Champ indiquant la « Date d'expiration »	<input type="checkbox"/>	
Période de validité inférieur ou égale à 3 ans	<input type="checkbox"/>	
Étiquette comportant un code d'identification, « numéro de certificat » ou un numéro de document de certification »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nouveau <input type="checkbox"/> révisé
Nom, titre et signature de l'autorité de certification	<input type="checkbox"/>	
Pagination (page x ou y) sur toutes les pages du document et aucune page manquante	<input type="checkbox"/>	
Méthode de vérification de la validité	<input type="checkbox"/>	



Décision de présélection	
Accepté	
Danelia Byro	Date : 8 août 2020
Division des services d'homologation Bureau des matériels médicaux	

Division de l'examen – Communication de la DSSD	
<u>Examen de la mesure de contrôle de la division :</u>  <b>Classification à confirmer (classe I ou II).</b>	
<u>Examen de la réponse de l'examineur de la division :</u>	
Examineur de la division de l'examen : Bureau des matériels médicaux	Date :



N.d.T. - Certains termes ne sont pas modifiables dans le document. Leurs équivalents sont les suivants : *Contains Controlled Substance(s)* - Contient une ou des substances réglementées; *Contains Drug(s)* - Contient un ou des médicaments; *Contains Biological Material(s)* - Contient un ou des matériaux biocompatibles; *MDSAP – PAUMM*; *Certificate Previously Validated* - Certificat déjà validé; *List of Recognized Registrars* - Liste des registraires reconnus; *Choose an item* - Sélectionnez une option.



Check GMDN

Nom de la GMDN	Code GMDN	Description de la GMDN	Lancement	Action pour l'outil de dépistage	Mesure réglementaire	Documents de référence
----------------	-----------	------------------------	-----------	----------------------------------	----------------------	------------------------